



联合国

经济及社会理事会



Distr.
GENERAL

E/CN.9/1996/2
15 January 1996
CHINESE
ORIGINAL: ENGLISH

人口与发展委员会

第二十九届会议

1996年2月26日至3月1日

临时议程* 项目4

国际人口与发展会议各项建议的
后续行动：生殖权利和生殖健康

关于1996年世界人口监测：
生殖权利和生殖健康的简要报告

秘书长的报告

摘 要

本报告是根据经济及社会理事会第1995/55号决议所赞同的人口与发展委员会的新的职权范围及其按主题和优先顺序开列的多年工作方案编写的。

报告提供了有关生殖权利和生殖健康的一些特定方面的新资料的摘要，涉及的主题有生殖阶段的开始；生殖行为；避孕；堕胎；产妇发病率和死亡率；性传染疾病，包括人体免疫机能丧失病毒/后天免疫机能丧失综合症(HIV/艾滋病)；生殖权利；以及有关生殖权利和生殖健康的人口信息、教育和宣传等。作为工作文件的未经编辑的全份报告初稿见ESA/P/WP.131号文件。

* E/CN.9/1996/1。

目 录

	<u>段 次</u>	<u>页 次</u>
导言	1 - 7	3
一、 生殖阶段的开始	8 - 22	4
二、 生殖行为	23 - 37	7
三、 避孕	38 - 50	11
四、 堕胎	51 - 59	15
五、 产妇死亡率和发病率	60 - 71	18
六、 性传染疾病,包括HIV/艾滋病	72 - 85	23
七、 生殖权利	86 - 94	26
八、 人口信息、教育和宣传	95 - 103	28

表

表1. 按区域开列的各种具体避孕方法的平均普及率	11
表2. 1990年产妇死亡估计数和产妇死亡比率	20
表3. 1990年全世界主要产科并发症引起的总发病率和死亡率 估计数	21
表4. 妊娠期并发症对母婴的影响	22

导 言

1. 生殖健康的定义是在生殖系统及其功能和过程所涉一切事宜上身体、精神和社会等方面完全健康的状态,而不仅仅指没有疾病或不虚弱(联合国,1995年a)。因此,生殖健康超越生育年龄,它包括较早期和生殖阶段后几年内可能产生的各种问题。此外,生殖健康意味着人们能够有满意而且安全的性生活,有生育能力,并可以自由决定是否和何时生育及生育多少。实现生殖健康也能使妇女安全地怀孕和生育,并向夫妇提供生育健康婴儿的最佳机会(联合国,1995年a)。

2. 生殖权利是实现生殖健康的关键。生殖权利包括若干已得到各国法律、国际人权文书和其他协商一致通过的文件承认的人权。生殖权利的定义承认夫妇和个人享有自由、负责地决定生育次数、生育间隔和时间以及获得这样做的信息和方法的基本权利,而且享有在没有歧视、强迫和暴力的情况下作出有关生育决定的权利(联合国,1995年a)。这意味着男女均有权获知并有机会获取他们所选择的安全、有效、负担得起和可以接受的计划生育方法。

3. 上述定义所反映的就生殖健康采取的广泛而全面对策与先前关于生殖的各种对策形成了对照。较早的对策重点在于生殖健康的各个具体方面。例如,计划生育方案的重点是提供有关避孕的信息和服务。妇幼保健方案的重点也同样放在促进母亲及其幼儿的健康方面,而安全孕产方案则强调必须确保孕妇得到充分的产前护理、安全分娩和产后护理。它们还力图针对妇女在很多情况下在生育方面所面临的各种重大风险。

4. 生殖健康全面包括所有这些方面。这种对策承认计划生育的重要性,但同时又认识到生殖健康并不仅仅限于生育年龄,而且生殖健康与男女都有关。它还认识到,如要成功地处理生殖健康问题,就必须正视男女的生殖权利以及影响生殖健康结果的社会行为和文化习俗。

5. 对生殖健康对策所依据的前提是,在任何特定的时间内,个人的健康状况受

到其较早年代的经历所影响。例如,生育年龄男女的生殖健康不仅反映他们目前的经历,而且也反映他们在婴儿期、童年和青春期的健康状况。同样,过了生殖年龄后的健康状况也可能反映较早生命阶段的生殖经历。一代人的经历对下一代人的健康也会有影响作用。

6. 本报告提供了有关生殖权利和生殖健康一些特定方面的综合概览。涉及的主题包括生殖阶段的开始;生殖行为;避孕;堕胎;产妇发病率和死亡率;性传染疾病,包括人体免疫机能丧失病毒(HIV)和后天免疫机能丧失综合症(艾滋病);有关生殖权利的政策问题;以及有关生殖权利和生殖健康的人口信息、教育和宣传。

7. 本报告已尽可能审查了男女的生殖权利和生殖健康。但是,直到最近,数据的收集和研究的重点主要是妇女的生殖和避孕行为。只是在过去几年期间,人口和健康调查才开始包括男性样本。鉴于重新强调伙伴在有关生殖事宜方面分担责任,收集有关男女的生殖态度和行为方面的数据并加以研究的需要就更形迫切了。关于青春期男女和年龄较大的男女生殖健康方面的资料也缺乏,因为他们通常不属于人口与健康调查的询问对象。

一、生殖阶段的开始

8. 生殖能力通常始于人生的第二个十年。明确表示生殖阶段开始的各种情事及其发生的时间,是生育率和生殖健康的重要决定因素,而且对个人今后的生命进程产生重要的影响作用。个人达到性成熟的生命阶段称为青春期。青春期是从儿童转变为成人的时期。尽管这是生理的转变,但青春期的长短和性质主要是一个社会构想,因此在不同文化中就大有差异。本概览所指的年龄范围是10至24岁,但重点主要在15至24岁这一年龄组,世界卫生组织(卫生组织)称这一年龄组为青年人。在这一年龄范围内,明确表示生殖阶段开始的各种情事在各国和各人口亚群中大不相同。

9. 青春期是重要的发育时期。人们日益认识到它是日后健康的一个重要决定因素，也是生命中一个特别脆弱的时期。特别是，人们对青年人所冒的性危险，以及这种行为的后果，诸如少女怀孕和患上包括HIV的性传染疾病等，日益表示关切。一些人口因素使正视青少年需要的挑战更为复杂。据估计，1995年青年人（15至24岁）占较发达区域总人口的14%，占较不发达区域总人口的几乎20%（联合国，1995年b）。

10. 在若干社会，初经期标志着成熟和即可结婚或开始性活动。记录初经期年龄的研究表明，月经初潮的年龄在不同人口群之间大约相差五岁。每一区域的平均年龄表明，较发达区域的初潮年龄小于较不发达区域。在大多数发达国家，初经期年龄已经下降。在发展中国家，下降没有充分的文件记录，但在若干人口群中，已有初潮年龄下降的一些迹象。初经期年龄下降意味较早就能生育。但一般而言，这一生理因素的作用已被其他一些影响特别是初婚年龄的提高所抵销。

11. 传统上，人们认为结婚年龄是开始性活动的标志，从而也是开始对生殖的体验的标志。婚姻可有各种大不相同的形式，从民法或宗教法认可的正式结合到同居或甚至是探访关系等等。尽管对婚姻难以作出定义，但仍然可能通过检查结婚年龄来确定青年男女选择开始对性的体验的时间的一些概略模式。

12. 世界各地对初婚时间的变化都有充分的文件记录，许多国家的妇女的初婚年龄显然已急剧提高。在具有人口与健康调查数据的发展中国家中，可通过比较不同组群妇女的经验来检查初婚年龄的变化。这些调查使用包括正式和非正式结合的广义婚姻定义。数据表明，几乎在所有国家，20岁前结婚的青年妇女（调查时为20至24岁）的比例大大低于年龄较大的妇女（调查时为40至44岁）的比例。趋于迟婚的转变在亚洲国家最为明显：八个国家的平均数表明，目前40至44岁的妇女中在20岁前首次结婚的占57%，而目前20至24岁妇女的相应数字则为37%。在非洲，在20岁前结婚的平均比例几乎也同样急剧下降——从72%下降到55%，但少年结婚的情况仍然比亚洲要盛行得多。在拉丁美洲和加勒比，初婚时间的变化较小，20岁前结婚人数的平均比例

为42%，略高于亚洲。

13. 在发达国家，妇女结婚时的年龄在过去20年也有所提高，尽管关于结婚年龄趋势的资料不能和关于发展中国家的资料相比较，因为来自民事登记的大部分数据只涉及合法婚姻。1970年，北欧和西欧典型的初婚平均年龄为22至23岁。1990年，北欧和西欧许多国家的结婚年龄已上升为25至27岁。北美也显示有所上升。在东欧和南欧，结婚年龄的变化比较小。

14. 在大多数国家，随着教育水平的提高，出现了晚婚的普遍趋势。在城市或农村居住是影响妇女结婚年龄的又一个因素。人口与健康调查的数据表明，至少受过10年教育的妇女比未完成初等教育的妇女晚婚两年至七年。虽然城乡差别变化很大，但生活在城市地区的妇女通常比农村妇女晚婚。在许多发展中国家，20岁前结婚的妇女中，城乡差别为20%或以上。在其他国家，差别则很小。

15. 在许多非洲国家——特别是在北非、亚洲以及许多拉丁美洲和加勒比国家，随着时间的推移，男女结婚年龄的差别已经缩小。这种趋向一致的现象在本来差距最大的国家中最为明显。在北美和欧洲，两性的差距在近几十年间已进一步缩小。

16. 在欧洲，结婚年龄上升的趋势与同居比例提高相巧合。最近的数据表明，15至19岁时同居的比例从几乎0%至20%不等。盛行同居的高峰年龄为20至24岁，其比例幅度从大约10%至40%，此后即减少。非正式同居在25岁以后减少的主要原因是合法婚姻渐成主流。因此，同居可能是婚姻的前奏或替代的选择。

17. 推迟初婚时间已在许多国家生育率下降方面发挥关键作用，因为婚姻期内的生育仍然占大多数。但是，结婚年龄的提高并不一定会缩短生殖阶段的期限。在世界各地若干国家，婚前生育正在日益增加。此外，性传染疾病在未婚青少年中流行的现象表明婚前性活动并非罕见，而且或许正在日益增多。

18. 越来越多的调查数据显示，青年人的性行为变化无常。在世界有些地区，性活动很早就开始并通常是婚前性活动，但在其他地区则受强大的社会制裁支配并往往在结婚时才开始，但也可能在年纪很小时就结婚。尽管缺乏有系统的数据，而且青

年人的性行为变化很大,但从迹象中可得出一些概略的模式。

19. 在世界大多数地区,男子报告他们开始性活动的年龄比妇女要小,性伙伴数目要多,从开始性活动到结婚之间时间要长。他们比妇女更可能报告婚前性活动。伙伴之间年龄的差距对传播性传染疾病有重要的影响作用。男子通常找较年轻的女伙伴,这就使年轻妇女更容易遭受性传染疾病和HIV的感染。据报较年长的男子和较年轻的妇女之间的关系在非洲某些地区正日渐常见。

20. 在工业化国家,有迹象表明性活跃的青年人的总比例有所增加。结婚年龄已提高;有迹象表明开始性活动的年龄已下降;建立同居关系的青春期男女的比例更大。

21. 在撒南非洲以及拉丁美洲和加勒比,结婚年龄已提高。开始性活动的年龄似乎维持不变,但在许多国家,性活动在很年轻时就开始了。在开始性活动的年龄不变的情况下,结婚年龄的提高意味着更多青年人已体验婚前性活动。

22. 对亚洲青年人的性行为所知甚少。典型的假设是,婚前性活动不常见,而且受到社会强烈的抑制。虽然证据不多,但少数研究显示,对大多数青年妇女来说,性活动在结婚时才开始,或是结婚的前奏。因此,结婚年龄的提高也会提高开始性活动的年龄。

二、生殖行为

23. 全世界目前总生育率估计为每名妇女有3.1个子女(联合国,1995年b)。然而,这项平均数掩盖了各区域之间和区域内部的重大差异。虽然较发达区域(总生育率为1.7个)与较不发达区域(总生育率为3.5个)之间的差别比以往缩小了,但仍然是相当大的。总生育率最高的是非洲(5.8个),随后为拉丁美洲和加勒比(3.1个)以及亚洲(3.0个)。在国家一级来说,目前生育率从也门的7.6个到意大利和西班牙的1.2个不等。

24. 在过去十年,生育率继续出现下降趋势。在世界一级,每名妇女所生子女平均数从1980年至1985年的3.6个降到1990年至1995年的3.1个。然而,生殖行为的根本变化因不同区域而差别很大。在较发达区域,自1970年代末期以来一直低于更替水平的生育率,只出现微略的下降,而在较不发达区域,生育率却从4.2个降到3.5个。最不发达国家所观察到下降较少,生育率从6.4个降到5.8个。

25. 在最近几十年,青春期生育问题已成为所有发展中国家和发达国家越发关切的问题。人们日益认识到,过早生育会危及母亲和子女的,并可能缩短女孩的学业,威胁其经济前景、收入能力及各方面的福祉。

26. 据估计,全世界每年约有1 500万年龄在15至19岁的女孩分娩,在所有婴儿中有11%目前是由少女生下(联合国,1995年b)。然而,各区域之间的差异悬殊。最不发达国家青春期生育率(每1 000名20岁以下妇女生有140个孩子),比发展中国家青春期生育率(每1 000名妇女生有65个孩子)高出一倍,比发达国家青春期生育率(每1 000名妇女生有32个孩子)高出四倍。在发展中区域里,青春期生育率最高的是非洲(每1 000名妇女生有136个孩子),随后是拉丁美洲和加勒比(每1 000名妇女生有79个孩子),最低的是亚洲(每1 000名妇女生有45名孩子)。青春期生育率高的现象通常与早婚的型态有关。

27. 尽管青春期生育问题日益被视为是社会和政策所关注的问题,20岁以下妇女的生育率与全世界总生育率一同下降,这是由于结婚年龄提高,青年妇女接受教育的机会日增,而且更多地采用避孕措施。然而,在总的下降趋势中有一些例外情况,例如在海地、印度和美利坚合众国。

28. 教育一向被认为是影响生殖行为的关键因素。根据联合国最近一项研究的结果,女性的教育与生育率较低普遍有关(联合国,1995年c)。拉丁美洲各国显示教育程度较高的妇女与未受教育的妇女之间的生育差距最大,从每名妇女有3个到5个子女不等。因教育程度而出现的生育率差异并非各国并非一致,这意味妇女接受教育的产生的影响受到社会经济发展、社会结构及文化环境的制约。在当今发展中社

会,个人所受的教育对生育的影响日趋强大,因为社会经济条件和社会的总体教育水平已得到改善。

29. 选择开始生育的时间会对个人、家庭和社会都产生重大影响。在大多数国家,妇女首次生育的平均年龄是在初婚后的一两年内。然而,婚姻并非是生育的唯一前提。在许多发达国家,与同居率上升密切相关的婚外生育情况迅速增加,这是最近在组织家庭的模式中出现的显著转变之一。在发展中区域,亚洲的婚外生育情况相对罕见,但在非洲以及拉丁美洲和加勒比却是寻常现象,反映出两愿的结合十分普遍。

30. 在许多发展中社会,对何时开始当母亲的时间选择都极为相似,通常在19至22岁之间。在大多数发达国家,开始当母亲的年龄较大,通常在22至27岁之间。过去十年,在发展中社会和发达社会所观察到的趋势是有推迟建立家庭的模式。妇女生育期是指妇女第一次和最后一次生育之间的平均年数。生育期在非洲最长(从15年至20年不等),随后是亚洲(11年至17年)以及拉丁美洲和加勒比(11年至16年)。

31. 生育多少的偏好因区域而有很大的差异。理想的家庭人数在撒南非洲最多(从4个至8个子女不等),随后是亚洲(3个至5个子女)、北非(3个至4个女子)以及拉丁美洲和加勒比(3个至4个子女)。所观察到的趋势表明,妇女日益喜好较小的家庭。

32. 妇女的理想家庭人数与实际生育率之间当前的差距表明,妇女在生殖方面的愿望很少能得到满足。从普遍存在的非计划生育中,也可看出妇女无法充分控制其生殖行为。据报意外孕产率在非洲是2%至26%,在亚洲是6%至21%,在拉丁美洲和加勒比是5%至35%;而据报时间安排不当的孕产率在非洲是6%至52%,在亚洲是8%至28%,在拉丁美洲和加勒比是13%至25%。

33. 在发达国家,有两个子女的家庭最理想,在许多情况下,所喜好的子女人数超过实际的总生育率。然而,尽管普遍使用避孕手段,意外孕产数也相当高。例如,在美国,据报所有孕产中有12%是意外的,27%是时间选择不当的。

34. 所有夫妇中有8%至12%在其生殖阶段内都经历某种形式的不育,这个问题影响到全世界5 000万至8 000万人(卫生组织1991年)。有小部分(5%以下)夫妇不育的根本原因是生理结构、遗传、内分泌或免疫等因素造成的。然而,在大多数情况下,不育的问题源于可以预防的原因,如未经治疗的性传染病、产后和堕胎后的并发症或女性生殖器被割除等。

35. 过去的研究已提供证据,表明生育力受损的情况在非洲、尤其是在中非十分普遍。然而,最近的人口与健康调查数据并没有发现大量原发性不育症,在结过婚的40至44岁妇女中,没有子女的妇女比例在任何被调查的国家中都不超过6%。不过,如果也研究继发性不育症,则非洲因疾病引起的不育症的普遍程度就大大提高:在贝宁、博茨瓦纳、科特迪瓦、加纳、利比里亚、马里、毛里塔尼亚、尼日利亚、塞内加尔、苏丹、乌干达和津巴布韦,年龄在30至34岁之间、后来不育的妇女比例估计高于20%,在喀麦隆则高于30%(拉森,1994年)。

36. 一些与生育型态有关的因素可能会消极地影响母婴生存和福祉。在育龄期内太早或太晚怀孕、高胎次怀孕以及怀孕间隔太密等情况,均被认为会对子女和妇女的健康造成高于正常的危险。人口与健康调查数据表明,可能受到这些危险的生产百分比非常高,在非洲从53%至73%不等,亚洲是38%至79%,拉丁美洲和加勒比是46%至66%。高胎次是最常见危险的因素,随后是生育间隔短的因素。

37. 虽然在生育的年龄、胎次和间隔的分布方面的改变可能减少产妇死亡率,但死于怀孕、堕胎或生育的大多数妇女并不属于这些高危类别。社会经济条件、教育、营养和保健常常是妇女健康和生存的比较重要的决定因素。提供产妇服务的范围在各国之间有很大差异。在44个发展中国家中,有15个国家的妇女所得到的产前护理与生育的比例低于三分二;在45个国家中,有17个国家的妇女获得训练有素专业人员助产的人数不到一半。

三、避 孕

38. 计划生育是生殖健康的一个组成部分。自1960年代以来,发展中国家对避孕方法的使用不断增加。在1960年代初,较不发达区域的总生育率是每名妇女平均6.1个子女,而发展中国家的避孕普及率--即妻子处于生殖年龄的夫妇当前的使用率则大概是10%以下,但最近的调查表明,到1991年,这些区域的避孕普及率已上升到53%。在发达国家,避孕普及率平均为71%,而全世界的平均是57%(见表1)。非洲的避孕方法使用水平为19%,远远低于其他发展中区域的平均水平:东亚为79%;亚洲其余地区和大洋洲为43%;拉丁美洲和加勒比为59%。

表1. 按区域开列的各种具体避孕方法的平均普及率^a
(妻子处于生殖年龄的夫妇的百分比)

主要地区和区域	所有方法 (1)	现代方法 ^b (2)	绝育 女性 (3)	男性 (4)	药片 (5)	注射 (6)	避孕环 (7)	避孕套 (8)	阴 道 阻隔法 (9)	节律 (10)	抽出 (11)	其他方法 (12)
世界	57	49	18	4	8	1	12	5	1	3	4	1
较不发达区域	53	48	21	4	6	2	13	2	0.2	2	2	1
非洲	19	15	1	0.1	7	2	4	1	0.2	2	1	1
亚洲和大洋洲 ^c	58	54	24	5	5	2	16	2	0.2	2	2	0.3
东亚 ^d	79	79	33	9	3	0.1	31	2	0.3	0.4	0.1	-
其他国家	43	36	17	2	6	3	5	3	0.1	3	3	1
拉丁美洲及加勒比	59	49	21	1	17	1	6	2	1	6	3	0.5
较发达区域 ^e	71	51	8	5	17	0.1	5	14	2	6	12	1

资料来源:《1996年世界人口监测》(联合国出版物,即将出版)。

注: 这些估计数字反映对无现成数据的国家使用避孕方法状况的假设。

根据最近获得的调查数据:平均日期为1991年。

包括第3-9栏的方法。

不包括日本

澳大利亚-新西兰、欧洲、北美和日本。

39. 人们在实行避孕方面的转变反映出夫妇和个人日益希望建立较小的家庭以及选择生育子女的时间。这种转变还反映出发展中国家对现代有效避孕方法的供应以及对有关的计划生育信息和服务的供应都大大增加。虽然最近在发达区域内出现的变化主要涉及对特定节育方法的选择,而不是涉及总的避孕方法使用水平,但现代方法的采用也使避孕的实践产生了变革。

40. 采用避孕方法者大多数为妇女,其中多数都采用现代方法。比较有效的门诊供应(“现代”)方法估计占全世界避孕方法的使用的87%。三种主要的“女性专用”方法——绝育、宫内避孕器(避孕环)和口服避孕药——占全世界避孕实践的三分之二以上,并占较不发达区域的使用方法的四分之三。总体来说,使用现代方法避孕在发展中国家所占比例高于发达国家,估计分别为91%和73%。门诊供应方法普及率在较发达区域平均为51%,在较不发达区域平均为48%。传统的非供应方法普及率在发达国家和发展中国家之间差别较大,分别为20%和5%。这一类方法包括定期禁欲或节律、抽出(体外射精)、节欲、阴道灌洗和各种民间方法。这些方法在发达国家的使用率较高,反映出在现代避孕方法问世之前已经确立的生育率控制模式继续具有影响力,还反映出较新的方法在某些国家尚未广泛供应。在1970年前后广泛使用传统方法的一些发达国家已明显向采用现代方法过渡:比利时、法国和匈牙利就是例子。但是,1990年代在东欧某些国家进行的调查仍然显示传统方法的普及率很高:例子包括捷克共和国、罗马尼亚和斯洛伐克。

41. 大多数发展中国家现有的趋势数据表明,避孕方法的使用最近已大幅度增加。审查最近所得的调查与十年前进行的调查之间所出现的趋势则会发现,避孕方法的使用增加最迅速的国家,就是在这一期间开始时使用水平中等的国家。过去普及率在15%至50%之间的国家中,有80%以上随后的避孕方法使用率每年增长1.0%以上。与此相比,最初普及率低于15%或高于50%的发展中国家中,有55%的年增长率为1.0或以上。尽管非洲的避孕方法平均使用率比其他发展中区域仍然要低得多,但

过去几年进行的调查继续表明,撒南非洲的避孕方法使用率正不断增加。

42. 关于某些种类避孕方法的使用情况,女性绝育方法使用率不断上升,都是发达国家和发展中国家的最重要趋势。然而,在许多个别的国家,最重要的趋势是采用其他方式。虽然目前的一般趋势是现代方法在整体上将日益占主导地位,但没有什么迹象表明各国大不相同的使用型态正趋于同样的方法混合。某一种避孕方法成为当前使用最多的方法的情况很罕见。

43. 最近的调查表明,若干国家的避孕套使用率大幅度增加,说明宣传这种方法的运动正在产生效果。在已婚妇女所报告的避孕实践中,避孕套的使用平均只约占8%。但是,男子使用这种方法往往比妇女多。未婚男子的避孕套使用率通常高于已婚男子的使用率,尽管已婚男子的避孕方法使用率一般比较高。

44. 尽管避孕方法使用率最近迅速增长,但若干指数表明,尚未满足的需求仍然很高,发展中国家(中国除外)中约有20%至25%的夫妇冒着意外怀孕或怀孕时间不当的风险,但却没有使用避孕方法。在非洲和其他区域的一些国家,人口中有相当比例仍然对任何种类的避孕方法一无所知。而且,知道在什么地方可以获得计划生育信息或服务的妇女的百分比有时大大低于曾听说过某种避孕方法的妇女的百分比。在亚洲和北非,在提供数据的国家中有四分之三以上的国家知道某一计划生育服务中心的妇女达90%以上,而在拉丁美洲和加勒比,约有60%的国家达到这一水平。但是,在撒南非洲的23个国家中,只有两个国家(博茨瓦纳和津巴布韦)达到这种知道有这些服务的水平。

45. 一般来说,计划生育知识有限和获得计划生育服务的机会有限的问题,反映出许多国家政府在全国范围提供服务方面遇到困难,而不是政府有意采取政策限制获得计划生育服务的机会。到1995年,只有两个政府(在190个政府之中)实行官方政策,限制获得现代避孕方法的机会,而82%的政府则为计划生育服务提供直接支助。1982年、1989年和1994年所进行的关于计划生育政策和方案绩效的各个方面的评分表明,1980年代期间在方案努力和方法供应方面有迅速增长。自1989年以来,许多国

家还有进一步增长,但与1982年至1989年期间相比,增长速度较慢。根据熟悉情况的观察家对五种避孕方法的供应情况的评分,1994年估计发展中国家的大约三分之二人口可以轻易获得避孕套,而大约60%至65%的人口可以获得口服避孕药片、避孕环和女性绝育。据判断,可以轻易接受男性绝育的人口略低于50%。尽管最近的大幅度改进,撒南非洲与其他区域相比就没有那么轻易获得各种避孕方法。

46. 在大多数发展中国家,受过良好教育的城市妇女的避孕方法使用率大大高于教育水平较低的农村妇女的使用率。在过去10年至15年,实行避孕的社会差异平均数变化不大,尽管这可部分归因于不同国家出现了相互抵消的变化。在当初避孕方法使用率低的国家,这些差异通常扩大,而在避孕方法使用率早期在城市地区或在受过高等教育的妇女当中就很高的国家,情况正好相反。

47. 许多调查就已婚妇女当前使用避孕方法情况所提的问题有限。最近,有较多调查向未婚妇女提出这些问题,而这些数据表明,专注调查已婚妇女的做法往往忽略了很大一部分的避孕方法使用者。关于撒南非洲和较发达区域的这些资料表明,未婚妇女平均约占所有避孕方法使用者的四分之一,在拉美和加勒比,则接近10%。

48. 虽然一些夫妇多年来一直成功地采用单一的避孕方法,但大多数夫妇在某个阶段都可能停止使用避孕方法,从他们的第一种方法改为另一种方法。关于中止使用避孕方法的研究表明,在开始使用避孕药片的一年内,通常会有40%至60%的妇女停用,而15%至30%则停用避孕环,50%以上停用避孕套,大约40%至60%停用定期禁欲法(包括日历节律法)。停用理由因方法而异。一般来说,对避孕高度有效的方法往往副作用很多,反之也是如此。

49. 在关于不同人口的各项研究中,妇女对现代避孕方法的一个主要关切领域,显然是副作用和对副作用的忧虑。人们经常援引对健康的忧虑和副作用为中止使用避孕方法的理由,在许多案例中,有很大比例的妇女虽然冒着意外怀孕的风险,但仍表示对健康的忧虑是她们不使用避孕方法的主要理由。与此同时,避孕方法使用率最近上升几乎完全是现代方法使用率增加所致。证据表明,尽管现代方法对许多夫

妇十分有效,但对许多其他夫妇来说,采用这些方法仍然是困难的抉择。人们对绝育手术这个永久方法的依赖迅速日增,这应可部分说明目前可用的临时性方法和服务有缺点。

50. 尽管关于避孕方法使用率和未满足的需求的大部分资料都来自对妇女的调查,但最近有较多调查对男子也提出这些问题。现在才刚刚开始对这些资料加以分析。在某些国家,有很大一部分妇女对避孕方法的需求显然没有得到满足,她们表示没有使用任何方法,因为其配偶反对,这可能是指一般反对避孕或是对子女数目和生育时间的安排有异议。关于夫妇之间不同意见的现有证据说明了若干情况,其相对的重要性往往无法用数量来表达。有些男子显然认为理应由他们选择使用何种方法避孕(即使使用避孕方法的是妇女),而另一些男子则认为这完全是妇女的责任。在一些国家,许多人并不知道其性伙伴对计划生育的看法。关于实际上夫妻之间如何解决不同意见的问题应获得比迄今更多的重视,则这就需要从男女两方面都获得可比较的资料。

四、堕胎

51. 在1990年前后,全世界大约进行了2 500万例合法堕胎,即每六例生产中就有一例堕胎。必须视这一估计数为合法堕胎的最低数目,因为未曾设法对未报告的合法堕胎数目作出估计。由于不安全堕胎的秘密性质,难以对此类堕胎的发生率加以计量。卫生组织估计,每年约有2 000万例不安全堕胎,即每七例生产中就有一例堕胎(卫生组织,1994年)。这样,人们认为全世界一年至少进行4 500万例堕胎,即几乎每三例活产中就有一例堕胎。

52. 在包括发达国家和发展中国家在内的许多国家,人工流产已引起公众的高度注意。在某些情况下,不安全堕胎导致高得令人震惊的产妇死亡率和发病率,这是公众关注的主要原因。在其他一些情况下,由于公众对堕胎的道义性质和法律地位

以及国家在允许或不允许人工流产方面应起的作用进行辩论,这个问题更加引人注目。

53. 在1994年的国际人口与发展会议上,堕胎问题已证明是争议最大的问题之一,许多辩论均直接或间接涉及同堕胎有关的各种问题。在辩论结束时,各代表团就以下文字达成协议:“绝不应把堕胎作为计划生育的方法加以提倡。应敦促各国政府和各有关的政府间和非政府组织增强它们对维护妇女健康的承诺,把不安全堕胎¹对健康造成的影响视为主要的公共保健问题加以处理,并通过扩大和改善计划生育服务减少诉诸于堕胎……”(联合国,1995年a,第一章,决议1,附件,第8.25段)。

54. 人工流产是最古老的控制生育方法之一,也是最广泛使用的方法之一(联合国,1992年、1993年和1995年d)。在偏远的农村社区、大型现代城市中心以及世界各区域都采用这种方法,但是结果并不相同。在堕胎合法并且容易进行的国家,堕胎通常对妇女生殖健康的威胁较小。但是在法律禁止堕胎的地方,堕胎常常在医疗条件不符合标准而且不卫生的环境中进行,导致并发症发生率偏高和慢性病,并经常造成死亡。实际上,卫生组织估计每年有70 000多名妇女死于不安全堕胎引起的并发症。此外,不安全堕胎的长期后果可能包括慢性骨盆疼痛、盆腔炎、输卵管闭塞、继发性不育症、在以后怀孕中自然流产的危险增加等(卫生组织,1994年)。

55. 各区域的不安全堕胎发生率差异很大。在东非和西非、拉丁美洲和加勒比以及前苏联,每1 000名15至49岁妇女中的不安全堕胎高达30例或更多,在北欧和北美,每1 000名15至49岁妇女中的不安全堕胎少于两例(卫生组织,1994年)。同东非和西非以及拉丁美洲和加勒比相比(45个国家中只有2个国家允许在提出要求后或根据经济或社会理由接受堕胎手术),北欧和北美关于堕胎的法律限制性较少(12个国家中有11个国家允许在提出要求后或根据经济或社会理由接受堕胎手术),这也许可以解释不安全堕胎发生率的部分差异。但是,没有对堕胎的法律限制并不一定保证有机会获得安全堕胎服务,前苏联较高的不安全堕胎发生率就是证明(卫生组织估计

每1 000名15至49岁妇女中的不安全堕胎有30例),尽管从1956年起就可以在提出要求后获得堕胎服务。

56. 随着人们更加注意青少年的生殖行为,少女堕胎成为人们越来越关注的领域。因为少女有时候不愿意或无法寻求适当的保健服务,或者在怀孕后等待较久的时间才去求助,所以人工流产对少女的健康和生命的威胁通常大于对成年妇女的威胁。根据联合国最近的估计,在一些发达国家和发展中国家,少女堕胎占报告的合法堕胎总数的15%至25%。

57. 根据关于193个国家的现有资料,绝大多数国家(98%)允许为了挽救孕妇生命而施行堕胎手术(联合国,1992年、1993年和1995年d)。其中一些国家的刑法特地允许凭此理由进行堕胎。但是在其他一些国家,则必须求助于其他法律或法院裁决,以确定关于堕胎的普遍禁令是否有例外。例如,洪都拉斯的《医学道德守则》允许为了挽救妇女生命而施行堕胎手术;在尼泊尔,医学理事会的规则被解释为允许在不同的情况下进行堕胎;在爱尔兰,最高法院裁决可以为了保存孕妇生命而施行堕胎手术。还有一些国家,人们可以援引刑法的必要性原则,对为拯救孕妇生命而施行堕胎手术的人员免除处罚。这些国家包括中非共和国、多米尼加共和国、埃及和菲律宾。

58. 有119个国家(62%)允许为了保护妇女的身体健康而进行堕胎。为了保护妇女的精神健康而允许堕胎的国家较少(95个国家,或50%),有81个国家(42%)允许因强奸或乱伦而怀孕的妇女堕胎。在胚胎可能受损的情况下允许堕胎的国家减为78个(40%),而允许基于经济或社会理由而堕胎的国家更减为55个(29%)。最后,有41个国家(21%)允许在提出要求后获得堕胎服务。

59. 从人口方面对堕胎政策审查的结果显示,世界人口中有96%住在允许为挽救妇女生命而进行堕胎的国家,有75%住在允许为保护妇女的身体健康而进行堕胎的国家,有69%住在可以为了保护妇女的精神健康而合法堕胎的国家,有72%住在允许因强奸或乱伦而怀孕的妇女堕胎的国家。住在胚胎可能受损的情况下允许堕胎的国家的

人口百分比降到64%，住在允许基于经济或社会理由而堕胎的国家的人口百分比更降到44%。最后，世界人口中有38%可以在提出要求后获得堕胎服务。

五、产妇死亡率和发病率

60. 在健康和死亡率指数中，由于各国发展程度不同，产妇死亡率的差距极大。产妇死亡率是一个敏感的指数，表明妇女在社会中的地位，她们获得保健的机会以及响应其需要的保健系统是否健全。因此，必须得到关于产妇死亡率高低和趋势的资料，以便不仅可以评估妊娠和分娩的风险，而且也可以从中了解到妇女的总体健康情况，并从而了解到其社会和经济福祉的情况。

61. 在国家一级很难评估产妇死亡率。进行评估就必须知道生殖年龄妇女(15至49岁)的死亡数目、死亡原因以及在死亡时该妇女是否怀孕或最近曾怀孕。但是，很少国家既记录出生又记录死亡；更少的国家记录死亡原因；在死亡证上系统地记录怀孕状况的国家则甚至更少。

62. 生命登记制度最不发达的国家必然是健康指数最差的国家。在这种情况下，必须制定备选办法以估计产妇死亡率的高低。已设计了各种各样创新方法，以克服生命登记制度不健全或不存在的国家缺乏数据的问题。例如，可以把关于怀孕和死亡的问题纳入大规模的户口调查，从而衡量产妇死亡率，但这样做需要很大的抽样规模，而且费钱费时。一个比较费廉效高的对策是“姐妹办法”，即在现有的户口调查中附带几个简单的问题，查询回复者的姐妹是否仍然健在。这样做所需的抽样规模就小得多，因为每个回复者都可以提供关于几个姐妹的资料。然而，其结果并未提供现时估计数，只概略说明大约10年前的产妇死亡率。

63. 在没有生命登记的情况下，衡量产妇死亡率最好的办法是查明和调查所有生殖年龄妇女死亡的原因——生殖年龄死亡率调查。必须利用多方面资料来源，以查明所有死亡的原因——民事登记、保健机构的记录、社区领导人、宗教当局、殡仪

员、墓地负责人、学生等。随后,通过对住户成员提供保健服务者的访谈以及保健机构的记录,把死亡分成孕产死亡或其他原因(口头剖析)。尽管生殖年龄死亡率调查被认为是估计产妇死亡率的“金科玉律”,但这些调查既费时又过于复杂,特别是大规模进行的话。

64. 由于所涉的困难和经费,只有九个发展中国家进行了生殖年龄死亡率调查或住户研究,以估计国家一级的产妇死亡率。在这种情况下,设计了其他方法,以便对这一问题的严重程度作粗略的估计。卫生组织和儿童基金会通过一种简单的建立模型战略,提出了关于产妇死亡率的新的估计数。这种战略以现有的数据集为根据,并利用两个独立的变数——一般生育率和由训练有素人员助产的出生率,以便为没有稳当的全国产妇死亡率估计数的国家预测有关数值。

65. 这个模型主要旨在用于没有产妇死亡率估计数的国家或人们对官方报告的估计数是否恰当表示关注的国家。它按严重程度提供数字,而不是提供产妇死亡率的准确估计数。与预测的产妇死亡率相关的标准误差非常大。此外,从建立模型产生的比率的适用期间为10年(大约1982至1992年)。因此,这些比率不能用来经常监测各种趋势。这些数字适用于1990年左右的情况,应被视为对卫生组织较早前于1991年所作的订正加以重新计算的数字,而不是说明自那时以来各种趋势的指数。

66. 这个新模型得出的初步最结果见表2。这些结果表明,产妇死亡率比先前估计的要高,约有590 000名产妇死亡,而根据较早前的模型,此数目为509 000名。新旧模型之间最明显的差别是非洲的数字,根据新的估计数,非洲的产妇死亡比率是每10万个活产婴儿中有878名,而较早前的估计数是每10万个活产婴儿中有630名。相反,根据新的模型算出的亚洲及拉丁美洲和加勒比估计数显示,与较早前的模型相比,变化相对不多。

表2. 1990年产妇死亡估计数和产妇死亡比率

主要地区和区域	产妇死亡	
	数目(以千计)	比率(每10万个活产婴儿)
全世界	590	429
较发达区域	4	27
较不发达区域	586	479
非洲	238	878
亚洲	323	383
欧洲	3.2	36
拉丁美洲和加勒比	23	194
北美	0.5	11
大洋洲	2.0	382

资料来源：世界卫生组织《产妇死亡比率和产妇死亡率：现有资料列表》，第四版(日内瓦，即将发行)。

67. 如果统计产妇死亡总数是难事，则估计其死亡原因就更难了。以标准格式或根据《国际疾病分类》所列的死亡原因类别来收集资料的研究很少。然而，少量以社区为基础的可靠研究表明，按五种主要死亡原因来分列产妇死亡率是可能的。由五种主要产科并发症引起的发病率和死亡率概况见表3。在这些全球总数中，各区域有明显的差异。尽管拉丁美洲的产妇死亡比率普遍低于非洲大多数地区，但堕胎似乎占拉丁美洲的产妇总死亡率的很大比例。

表3. 1990年全世界主要产科并发症引起的
总发病率和死亡率估计数

产科并发症	病例数目 ^a (以千计)	死亡数目 (以千计)	占有孕产死亡的 百分比
大出血	14 300	150	25
脓毒症	12 000	90	15
妊娠期高血压症和惊厥	7 100	75	13
难产	7 300	40	7
不安全堕胎	19 900	75	13
其他直接原因	3 600	50	8
间接原因	13 500	110	19
共计	77 600	590	100

资料来源：世界卫生组织，产妇保健和安全孕产方案(日内瓦)，未发表的估计数。

^a 事件估计数，不是妇女人数。

68. 在这些统计数据中，假定每种并发症都是离散事件，因此，活产妊娠中约有56%引起并发症。当然，并发症的严重程度各有不同，卫生组织估计所有妇女中几乎有15%得了严重的并发症，如果该名妇女要活下来而不留下终身残疾，则必须采取迅速和熟练的干预措施。这些残疾包括产后痿症(膀胱和/或直肠受损)；生殖道感染；骨盆炎症；不育症；贫血症；子宫脱垂；大脑、肾脏及心血管系统受损。

69. 造成母亲死亡和残疾的并发症也会危及她们所怀的婴儿(见表4)。每年近800万婴儿死亡案例中，约有三分二发生在新生儿期，即婴儿满月之前。每年有500万

新生儿死亡,其中350万在出生后第一个星期内死亡,大都是由于在妊娠期、分娩或出生后最初几个关键的小时内护理不足或不当所致。而且每有一名新生儿死亡就有一名婴儿死产。

表4. 妊娠期并发症对母婴的影响

问题或并发症	对母亲健康的最严重影响	对新生儿-胎儿的最严重影响
严重贫血症	心力衰竭	出生体重不足、窒息、死产
大出血	休克、心力衰竭、感染	窒息、死产
妊娠期高血压证	惊厥、脑血管意外	出生体重不足、窒息、死产
产后脓毒症	脓毒症、休克	新生儿脓毒症
难产	瘕症、子宫破裂、子宫脱垂、羊膜炎、脓毒症	死产、窒息、脓毒症、产伤、残疾
妊娠期感染、性传染病	早产、子宫外孕、盆腔炎症、不育症	早产、新生儿眼部感染、致盲、肺炎、死产、先天梅毒
肝炎	产后出血、肝衰竭	肝炎
疟疾	严重贫血、脑血栓	早产、子宫内发育迟缓
意外妊娠	不安全堕胎、感染、盆腔炎症、大出血、不育症	发病和死亡的危险性提高;儿童受到虐待、忽视和遗弃
不清洁分娩	感染、产后破伤风	新生儿产后破伤风、窒息

70. 除了死亡和残疾数目的考虑外,也存在产妇死亡的性质问题。死亡的母亲处于生命旺盛期,正是她们的社会和经济生产能力高峰。她们留下家庭,许多都有幼儿,而这些孩子必须在没有主要提供照料的人、粮食生产者和收入赚取者的支助下生存。

71. 由于缺乏关于产妇健康不佳情况的资料,因此人们长期忽视这个问题,而国际社会只是在最近才开始正视这种情形。需要了解的情况还很多:不是关于降低产妇死亡率所需的干预的措施--人们对此已认识多年,而是关于如何在资源有限的情况下以可持续的方式执行这些措施。尽管产妇死亡率和发病率是生殖健康不佳的主要组成部分,但解决这些问题需要采取一些干预措施,而这些措施却在几个重要方面不同于处理生殖健康不佳的其他组成部分所必须采取的措施。尤其是,如果没有运作良好的地区保健系统,包括在社区一级可以广泛获得产妇保健服务以及对并发症和紧急情况提供适当的转诊与管理服务,是不可能持续降低产妇死亡率的。

六、性传染疾病,包括HIV/艾滋病

72. 直到最近,大多数国家和发展机构还未把预防和控制性传染疾病作为优先工作。鉴于人们不了解性传染疾病这一问题及其并发症和后遗症,而且要为控制其他重要的健康问题争夺资源,同时公共保健决策人员不愿面对与性行为有关的疾病,这些因素都使得人们忽略这些疾病。

73. 迄今为止,大多数预防性传染疾病的方案都着重预防并发症(次级预防)。目前,预防传染(初级预防)正日益获得重视,因为HIV/艾滋病已流行全球,而且已发现若干性传染疾病是HIV蔓延的风险因素。

74. 流行性HIV已进入其第二个十年,而且继续发展,每天都有数以千计的新病例。据估计,累计共有1 850万成人和150万儿童感染HIV,其中700万至800万为妇女,

她们之中又有70%处于生育年龄。根据卫生组织，除大约50万受感染的儿童之外，还有1 300万至1 500万受感染的青少年和成年今天还活着。

75. 目前还无法确实地预测大流行性HIV/艾滋病所造成的长期影响。不过，根据关于这个大流行病当前全球状况和蔓延趋势的现有数据，卫生组织已计算出1990年代预测的新的HIV感染幅度，而这个幅度似乎是合理的。卫生组织预测这一大流行病今后的规模时，采用了每个区域HIV流行率估计幅度的下限。因此，预测结果应是保守稳妥的。

76. 卫生组织预测在本十年内，可以预期有1 000万至1 500万成人新感染HIV，其中主要在发展中国家。卫生组织预测，在同一期间将有多达500万至1 000万儿童通过母亲感染HIV，其中大多数是在撒南非洲。到2000年，将出现3 000万至4 000万宗HIV感染病例，其中90%在发展中国家。预测与HIV有关的死亡的估计累积总数将超过800万，而目前则为200万。卫生组织还估计，到1990年代结束时，由于父母感染HIV而死亡，将有超过500万10岁以下的儿童成为孤儿。由于在1990年代感染HIV的母亲死亡，到21世纪头几年，孤儿数字将进一步增加。

77. 这个流行病给个人、家庭和整个社区都造成破坏性影响。对于妇女，HIV感染在性传染疾病、怀孕和生育所面临的风险之外又增加了一层负担。患上HIV和艾滋病妇女的比例正在增加，特别是在发展中国家。青年人尤其受HIV和艾滋病影响。据估计，HIV感染者有50%是在15至20岁年龄组。这对许多国家的经济造成重要影响，因为最受影响的年龄组（青年和中年）是劳动大军的主力。就直接和间接费用来说，性传染疾病造成的社会经济负担正在迅速增加。

78. 在过去十年，人们对HIV/艾滋病的反应以预防和护理为主。各国政府、非政府组织、社区、HIV/艾滋病感染者的团体和网络、国际组织、以及保健、教育和其他部门、公共部门和私营部门，都协力制订对付这个流行病的办法。

79. 在世界各地，性传染疾病的流行趋势明显不同。在发展中国家，其特点是发病率高而且普遍；并发症发病率高，对抗菌药的抵抗力令人吃惊；与HIV感染的相互作用

用等等。据估计,每年全球共出现3.33亿可治疗的性传染疾病病例,其中大多数发生在发展中国家。

80. 大多数发展中国家的公共保健都忽略了性传染疾病,尽管有大量事实证明,这些疾病对健康,特别是妇女和新生婴儿的健康,造成影响。数十年来,性传染疾病是许多发展中国家的成人求医的五种居首位的疾病之一。在大多数工业化国家,性传染疾病发病率显著下降,特别是淋病和梅毒。

81. 衣原体感染迄今是欧洲最常见的细菌性性传染疾病。一段时间以来,因缺少诊断设施,人们严重地低估了其发病率。在积极实行衣原体疾病控制政策的国家,有确凿的记录表明病例数目有所下降,特别是女性病例人。

82. 关于发展中国家性传染疾病发病率的可靠数据十分缺少,尽管已在许多国家、特别是在非洲,进行了流行率的调查。一般来讲,调查数据表明淋病、梅毒和衣原体疾病的发病率高于欧洲或北美可比较人口。不过,流行率也有很大差异,有些人口感染率偏低。应予强调的是,细菌性性传染疾病的流行率,既是人口对性的体验的结果,也是获得适当治疗的感染比例的结果。

83. 妇女、特别是青年妇女,比男子更容易受性传染疾病及其并发症(如不育、癌症和炎症)的感染。在发展中国家,到产前、计划生育和妇科诊所就医的妇女患上性传染疾病的比率很高,这表明性传染疾病问题的严重程度。例如,在发展中国家国家进行的研究表明,多达19%的孕妇被发现患有淋病或衣原体病,多达20%的孕妇患有梅毒。

84. 从生物学角度看,妇女比男子更容易得到大多数性传染疾病,其部分原因至少是在性交时有较高的粘膜表面接触到较多的病原体。患有性传染疾病的妇女比男子更可能无症状,因此很少寻求治疗,造成慢性感染,并引起更多长期的并发症和后遗症。

85. 预防HIV/艾滋病以及性传染疾病的方案和护理方案与生殖健康方案的其他工作之间有许多重大的重叠。计划生育服务和产妇保健/产前护理服务为性传染疾

病的诊治提供重要的机会,并为这些疾病的预防--包括更安全的性行为和诸如提供避孕套等有关服务--提供信息。

七、生殖权利

86. 在人口政策领域里,生殖健康和生殖权利是比较新的主题。生殖健康和生殖权利也是一个特别引起争议的题目。它们涉及生活中最亲密和最具个人隐私的方面,如性欲、性关系和生殖,也涉及对家人之间怎样相互交往和如何看待自己等方面非常重要的问题。它们还与妇女地位和赋予妇女权利等问题相关,而这些问题本身在许多国家都引起争议。

87. 可以将生殖权利视为人人都拥有的一些权利,这些权利使他们能有机会获得全面的生殖保健服务。特别是,根据过去三次关于人口问题的国际会议和第四次妇女问题世界会议的提法,这些权利包括所有夫妇和个人均有权自由和负责任地决定其子女人数、生育间隔和时间安排,并有权为此获得信息和手段。这些权利还包括有权获得最高标准的性健康和生殖健康,以及有权在没有歧视、暴力和压迫的情况下自由作出生殖的决定。此外,《国际人口与发展会议行动纲领》和《第四次妇女问题世界会议行动纲要》均明确表示,所有这些权利都列于国家法律、国际人权文书和其他国际社会一致商定的其他文件之中。

88. 虽然生殖权利是一个相当新兴的概念,但现有的国际文件和人权条约都对这些权利给予充分的支持。例如,所有三次关于人口问题的国际会议和第四次妇女问题世界会议所通过的最后文件均坚决肯定生殖权利。每份文件都采纳了原先于1968年在德黑兰召开的国际人权会议所用的文字,规定所有夫妇和个人均有权自由和负责任地决定其子女人数和生育间隔,并有权为此获得信息、教育和手段。虽然这些文件从国际法角度来讲并没有法律约束力,但它们具有莫大的规范权威,并得到绝大多数国家政府的赞同。

89. 具有法律约束力的正式国际条约也支持生殖权利的概念,虽然或许没有明确提出来。例如,《公民权利和政治权利国际盟约》《政治盟约》有一系列规定,与自愿决定生育子女的权利有关。同样,《经济、社会、文化权利国际盟约》、《经济盟约》--《政治盟约》的姐妹条约--承认人人有权享有最高标准的健康,并呼吁特别关注产前和产后的妇女以及降低婴儿死亡率。随着1979年核可《消除对妇女一切形式歧视公约》,这些生殖权利已被明确地提出来,并获得坚决的赞同。各国法律也支持生殖权利,而且关于妇幼保健、有机会获得各种形式的计划生育服务、性教育、以及治疗和预防性传染疾病等法律,在发展中国家和发达国家中都十分普遍。

90. 生殖权利概念的一个基石,是有机会获得计划生育方法的权利。从一开始,这个概念就是生殖权利的定义的根,在人口和人权文件中一再出现,称为获得“信息和手段”以便自由和负责任地决定子女人数和生育间隔的权利。如果没有这种机会,生殖权利实际上就没有真正意义。

91. 青少年的生殖行为已开始成为世界普遍关注的问题。大多数国家都没有保护和维护青少年生殖健康的一贯政策,部分是因为为是一个十分敏感的题目。有关青少年生殖权利的若干关键问题涉及婚姻。在世界许多地区,妇女的基本人权受侵犯,被迫出嫁身不由己。而且,尽管已立法消除这种习俗,但许多国家的女孩在进入青春期之后不久就结婚,而且预期她们几乎立即就要生育,部分是因为她们缺乏其他可以选择的机会。过早生育不仅引起生理医学问题,而且还减少年轻母亲的教育和经济机会。

92. 在实现生殖权利和生殖健康各项目标的路还有许多障碍。由于所涉问题十分敏感而且大有争议,特别是性欲、避孕、赋予妇女权利以及家庭关系等问题,因此对扩充生殖权利有抗拒。另外一个主要问题是概念上的问题。在许多国家,普通民众对国际文件所阐明的人权和生殖权利不熟悉,而且关于这些权利的信息也宣传甚少。此外,人权和生殖权利的提法也可能显得抽象,甚至对于当地经验、态度和传统

来讲是陌生的。受教育较少者更可能对其权利一无所知。而且她们比男子在个人地位方面受到更多限制,因此无法获得关于其权利的信息。这样,许多妇女都不知道她们拥有生殖权利;没有这种意识,就不可能行使这些权利。

93. 鉴于这些障碍,实现生殖权利和健康的行动范围就有限。克服这些障碍的一项战略是,必须力求加强并更多地利用国际条约的执法和监督机制。另一项战略是提供更多有关生殖权利和健康的信息和教育。可以加紧努力,向全世界数以百万计的不认识或不理解生殖健康的人宣传。这些努力可包括介绍健康和生殖系统的基本常识,提供关于生殖健康如何与婚姻年龄、教育、妇女地位等问题以及与切割女性生殖器等有害习俗密切相关的信息。还可以宣传目前各国已批准的、支持这些权利的各项国际文件,特别是自由和负责任地决定子女人数和生育间隔的权利。此外,应向医护人员、宗教领袖、政府官员和非政府组织提供这些信息,以便能产生效果。

94. 以符合当地情况的方式宣传生殖权利是关键所在。一种对策是指出支持生殖权利的地方法律,如各国的宪法、人口政策和保健法等。另一种对策是借助支持生殖权利的当地的社会运动和传统。第三种对策是使“权利”的文字适应当地的实际需求,如对基本保健服务、计划生育和教育的需求等。如要生殖权利和生殖健康的概念在地方一级得到落实,则必须将它们纳入现有的社会、政治和宗教结构之内,成为复杂的社会组织的一环。

八、人口信息、教育和宣传

95. 在人口领域中,信息、教育和宣传一语是指所有三个过程的战略组合,以便提供关于服务的信息,提高公众的认识和倡导人口与发展问题方面的行动。信息、教育和宣传的方案干预一语通常被看作为国家发展方案的组成部分,其目的是对特定宣传对象的需要和观念进行研究,并据此以可衡量的方式改变其行为和态度。

96. 实施《国际人口与发展会议行动纲领》需要政治支持和倡导,这意味对《行动纲领》的原则、目标和目的作出充分承诺。有效的倡导是使人们认识到生殖权利和生殖健康的关键,采取有效的信息、教育和宣传战略有助于这方面的工作。确认信息、教育和宣传是促使态度和行为改变的重要工具,就能理解到它们在生殖权利和生殖健康领域的重要性。它们已在人类生殖和健康的领域采取各种战略,以使培养积极的态度和鼓励负责任的健康行为,帮助社区加紧参与人口活动,促使不同的文化环境接受人口方案。

97. 信息、教育和宣传活动的主要目标应该是激发决策者、方案管理人员、提供服务人员和社区把生殖权利和生殖健康包括计划生育的概念化为行动。为此,必须加强国家进行适当的信息、教育和宣传活动的的能力。此外,信息、教育和宣传的内容必须有效,提供服务的系统必须能响应这些内容所促发的进一步需求。

98. 有许多各不相同的信息、教育和宣传方案都将各种大众、团体和一对一的宣传对策的战略结合起来,而且它们利用不同的渠道,以人际和同龄群的支持到正式的学校课程、从传统民间媒体到大众娱乐和新闻媒体以及印制及传播特定材料不等。活动范围包括丰富多采的行动,其中包括提高认识运动、艺术展览、绘画和招贴画比赛;设计、编写和分发信息、教育和宣传以及训练材料;印刷和分发关于计划生育、性健康和预防HIV/艾滋病的小册子、说明书和连环漫画;以计划生育和HIV/艾滋病为主题的电台和电视节目,特别是连续剧;戏剧和木偶剧;讨论会和讲习班;电话热线;预防性咨询,包括分发避孕套。如以协调一致方式按部就班地规划这些活动可大大加强人口方案的影响。

99. 在人口信息、教育和宣传方案中确定了三个问题。第一,社会、文化和政治条件可以影响对生殖的承认,并可能限制获得健康服务和信息的机会;虚构的说法和无知可能是主要障碍。第二,信息、教育和宣传活动不一定与提供生殖健康和计划生育的信息和服务适当地联系起来。第三,必须有衡量在这个领域的进展的适当指数。

100. 人口政策和立法在创造有利于生殖健康和计划生育的环境方面可以发挥重要作用。在政府有关立法的支持下,信息、教育和宣传活动将进行得更顺利。人们还认识到,信息、教育和宣传活动是增进对人口政策的目的和目标的理解和接受的宝贵工具。

101. 生殖健康和计划生育方案通常是国家人口政策和战略的主要组成部分,而且信息、教育和宣传活动提供有力的方案支助。加强它们之间的联系将使它们相互支持,从而使国家方案能够提供高质量的生殖健康和计划生育服务,更好地满足尚未满足的需要。许多这些方案也包括性传染疾病和HIV/艾滋病的预防和控制以及信息、教育和宣传活动。这些活动都是争取特别是青少年等危险群体以及提高认识和鼓励改变行为的宝贵工具。

102. 人口教育是各国政府作为其人口政策一部分而采取的另一种普通战略。人口教育方案通常包括的主题从人口动态到怀孕和计划生育、家庭生活到性教育不等,而最近还包括探讨性别问题的新方法、HIV/艾滋病的性传染疾病等主题。越来越多的迹象表明,性教育方案和HIV/艾滋病教育方案可能减少性行为活跃的青少年的不安全做法,并减少早孕。

103. 《国际人口与发展会议行动纲领》要求对信息、教育和宣传采取协调的战略对策。这种对策应结合并补充国家人口与发展政策和战略以及生殖健康包括计划生育和性健康方面的一系列服务(联合国:1995年a,第一章,决议1,附件,第11.19段)。要实现这样的目标,就必须特别注意下列优先领域:

(a) 数据要求、指数和今后的研究。应高度优先发展收集数据的适当机制以及评估和评价方案影响的工具。应优先援助国家方案,以发展或加强其管理信息、教育和宣传方案的信息系统;

(b) 青少年。由于青年人、特别是青少年处于个人发展的关键阶段,他们特别需要关于性健康和生殖健康的资料,以及如药物滥用和暴力等其它有关问题的资料。大多数青年人都易受大众媒体、课堂教育以及其家人、同辈和整个社区的影

响。他们正是通过这三个主要渠道,获得渡过这个困难时期向成年迈进所需的信息、教育和技能。提供关于性欲、妊娠和性传染疾病的信息,以及关于在当地可以获得的服务和咨询的信息,是协助青年人的有效方式。青年人参与这些活动将有助于确保宣传材料适用于其同辈,而且对他们有说服力。他们还可以协助促进应与这些努力联系起来的社区对话和辩论。青年组织也可以在学校内外促进青年人健康的活动中发挥重要作用,协助为青年人创造更有利的切身环境。青年团体可以与保健部门建立联系,协助使保健服务更“便利青年”。这种组织还可以发挥作用,促使父母参与并帮助他们了解和支持其青少年子女;

(c) 两性平等和公平。《行动纲领》申明,在生殖生活中,妇女和男子都必须充分参与,并建立伙伴关系。促进这些目标的教育和信息,连同负责任的性行为和对妇女的尊重,对于提高妇女在社会上的地位和作用也是必不可少的。提高女孩和妇女的教育水平能使她们获得权力,促进家庭健康,增加妇女对生殖健康的知识和选择将使她们能够达到其生殖目标。信息、教育和宣传活动有助于根除对妇女和女孩有害的习俗,如切割女性生殖器官;使人们注意女童的健康需要;消除在营养方面歧视女孩的做法;促使男子参与生殖健康和计划生育方案;拆除妇女权利的障碍和强制实施有关早婚、性剥削和暴力的立法;确保妇女有接受教育的平等机会,从而保证她们得到平等工作机会和同工同酬待遇;

(d) 方案使用者的参与。方案使用者参加设计、实施和评价信息、教育和宣传的方案干预,将增加这些方案获得成功的可能性。不同的人口群体对许多领域都有自己的观点、想法和意见,特别是关于性健康和生殖健康的问题。要有效地与它们交流,则他们必须直接参与;

(e) 人员培训。保健专业人员应接受基本信息、教育和宣传事项的培训,以照顾他们所服务的人口的特殊需要,培训领域包括人际关系交流、性的问题、咨询和建立协作班子。建立协作班子将促进与社会福利工作人员、教员、家长和社区领导人的合作。训练教育工作者和学生同辈与其它学生在教育和咨询活动中进行合作的

重点,应放在解决问题、倾听意见、非批判性交流、解决冲突、决策、咨询和基本教育、性健康和生殖健康的需要等方面。

注

¹ 不安全堕胎的定义是由缺乏必要技能的人员或在缺乏起码医疗标准的环境下或在两者皆有的情况下进行终止不想有的怀孕的手术。(根据卫生组织,《不安全堕胎的预防和管理,技术工作组的报告》(日内瓦),WHO/MSM/92.5)。《国际人口与发展会议行动纲领》使用了这个定义(《国际人口与发展会议的报告,1994年9月5日至13日,开罗》,联合国出版物,出售品编号:E.95XIII、18,第一章,决议1,附件)。

参考书目

Larsen, Ulla (1994年)。撒南非洲的不育情况。《人口研究》(伦敦),第48卷,第3期(11月),第459-474页。

联合国(1992年)《堕胎政策:全球审查》,第一卷,《从阿富汗到法国》。出售品编号:E.92.XIII.8。

联合国(1993年)《堕胎政策:全球审查》,第二卷,《从加蓬到挪威》。出售品编号:E.94.XIII.2。

联合国(1995年a)《国际人口与发展会议的报告,1994年9月5日至13日,开罗》。出售品编号:E.95.XIII.18。

联合国(1995年b)《世界人口前景:1994年订正本》。出售品编号:E.95.XIII.16。

联合国(1995年c)《妇女的教育与生育行为:人口与健康调查最近所得的证据》。出售品编号:E.95.XIII.23。

联合国(1995年d)《堕胎政策:全球审查》,第三卷,《从阿曼到津巴布韦》。出售品编号:E.95.XIII.24。

联合国(即将出版)。《世界人口监测,1996年》。

世界卫生组织(1991年)。关于原发性和继发性不孕症流行率的现有数据列表。家庭保健司妇幼保健和计划生育方案。WHO/MCH/91.9。日内瓦。未予出版。

世界卫生组织(1994年)。《堕胎:关于不安全堕胎次数和死亡率的现有数据列表》,第二版。日内瓦。

- - - - -